

doi:10.3969/j.issn.1006-9852.2017.12.001

• 指南与规范 •

北京市癌症疼痛管理规范（2017 年版）

北京市疼痛治疗质量控制和改进中心癌痛专家组

一、概述

疼痛会给癌症病人造成极大的身心痛苦，因此疼痛治疗是癌症综合治疗中不可或缺的重要组成部分。疼痛是“与组织损伤或潜在组织损伤相关联的、不愉快的感觉和情绪体验”。它被认为是继心率、血压、脉搏、呼吸之外的第五大生命指征。疼痛分为急性疼痛与慢性疼痛。慢性疼痛不仅是症状，也是一种疾病。长期的疼痛刺激可引起中枢神经系统的病理性重构，导致疼痛疾病的进展和愈加难以控制。及早控制疼痛，可以避免或延缓这一过程的发展。最新的研究表明，重视癌痛的全程管理，有助于改善癌症病人的生存及预后。

疼痛是癌症病人最常见的症状之一，严重影响癌症病人的生活质量。初诊癌症病人的疼痛发生率约为 25%；晚期癌症病人的疼痛发生率约为 60% ~ 80%，其中 1/3 病人为重度疼痛。疼痛如果得不到缓解，病人将感到极度不适，可能会引起或加重病人的焦虑、抑郁、乏力、失眠、食欲减退等症状，严重影响病人日常活动、自理能力、交往能力及整体生活质量。

为进一步规范我国癌痛诊疗行为，完善重大疾病规范化诊疗体系，提高医疗机构癌痛诊疗水平，改善癌症病人生活质量，保障医疗质量和医疗安全，原卫生部制定并发布了《癌症疼痛诊疗规范》（2011 年版）。自该文件发布以后，在国家各级卫生行政部门的领导下，通过医护人员的努力，癌痛诊疗水

平有了较大的提高。为了更好地适应这种现状，进一步规范北京市癌痛诊疗行为，在参照原卫生部发布的《癌症疼痛诊疗规范》（2011 年版）及《北京市癌症疼痛诊疗质控专家共识》（2014 年版）的基础上，结合北京市 67 家医院癌痛督导中的问题而制订《北京市癌症疼痛管理规范》（2017 年版）。

二、癌症疼痛的病因、机制及分类

癌症病人发生疼痛的原因多样，大致可分为以下三类：①肿瘤相关性疼痛：因肿瘤直接侵犯压迫局部组织，肿瘤转移累及骨组织等所致。②肿瘤治疗相关性疼痛：常见于手术、创伤性检查操作、放射治疗以及细胞毒化疗药物治疗后产生。③非肿瘤相关性疼痛：包括其他合并症、并发症等非肿瘤因素所致的疼痛。

癌症疼痛通常是指第 1 种和第 2 种情况，是癌症病人疼痛最主要的原因，是癌症疼痛管理的重点讨论内容。

疼痛按病理生理学机制主要分为两种类型：伤害感受性疼痛、神经病理性疼痛。癌症疼痛可以是单纯伤害感受性疼痛或单纯神经病理性疼痛，但以两者均存在的混合性疼痛为主。

1. 伤害感受性疼痛是因有害刺激作用于躯体或脏器组织，使该结构受损而导致的疼痛。伤害感受性疼痛与实际发生的组织损伤或潜在的损伤相关，是机体对损伤所表现出的生理性痛觉神经信息传导

北京市疼痛治疗质量控制和改进中心癌痛专家组成员（按姓氏笔画排序）：

王薇（北京大学肿瘤医院中西医结合老年肿瘤科）、白春梅（北京协和医院肿瘤科）、冯艺（北京大学人民医院疼痛科）、司马蕾（中日友好医院疼痛科）、刘延青（首都医科大学附属北京天坛医院疼痛科）、刘端祺（陆军总医院肿瘤科）、刘巍（北京大学肿瘤医院姑息中心）、安广宇（首都医科大学附属北京朝阳医院肿瘤科）、李小梅（解放军总医院南楼肿瘤科）、李水清（北京大学第三医院疼痛科）、李方（解放军总医院肿瘤科）、李国辉（中国医学科学院肿瘤医院药剂科）、李宝兰（首都医科大学附属北京胸科医院综合科）、李萍萍（北京大学肿瘤医院中西医结合老年肿瘤科）、杨宇飞（中国中医科学院西苑医院肿瘤科）、杨阳（中日友好医院疼痛科）、杨青（中日友好医院疼痛科）、吴晓明（中国医学科学院肿瘤医院综合科）、邱亭林（中国医学科学院肿瘤医院医务处）、张宏艳（陆军总医院肿瘤科）、张树才（首都医科大学附属北京胸科医院肿瘤科）、张艳华（北京大学肿瘤医院药剂科）、张福泉（中国医学科学院北京协和医院放疗科）、陆宇晗（北京大学肿瘤医院护理部）、赵赞博（卫生部北京医院肿瘤科）、徐波（中国医学科学院肿瘤医院护理部）、唐丽丽（北京大学肿瘤医院康复科）、梁军（北京大学国际医院肿瘤科）、韩磊（北京市大兴区人民医院肿瘤科）、樊碧发（中日友好医院疼痛科）

执笔人：李萍萍、吴晓明、刘端祺、李小梅、安广宇、王薇、杨阳

△ 通讯作者 樊碧发 bfb1616@yeah.net

与应答的过程。伤害感受性疼痛包括躯体痛和内脏痛。躯体性疼痛常表现为钝痛、锐痛或者压迫性疼痛。内脏痛通常表现为定位不够准确的弥漫性疼痛和绞痛。

2. 神经病理性疼痛是由于外周神经或中枢神经受损, 痛觉传递神经纤维或疼痛中枢产生异常神经冲动所致。神经病理性疼痛常被表现为刺痛、烧灼样痛、放电样痛、枪击样疼痛、麻木痛、麻刺痛。幻觉痛、中枢性坠、胀痛, 常合并自发性疼痛、触诱发痛、痛觉过敏和痛觉超敏。治疗后慢性疼痛也属于神经病理性疼痛。

疼痛按发病持续时间分为急性疼痛和慢性疼痛。癌症疼痛大多表现为慢性疼痛。与急性疼痛相比较, 慢性疼痛持续时间长, 病因不明确, 疼痛程度与组织损伤程度可呈分离现象, 可伴有痛觉过敏、异常疼痛、常规镇痛治疗疗效不佳等特点。慢性疼痛与急性疼痛的发生机制既有共性也有差异。慢性疼痛的发生, 除伤害感受性疼痛的基本传导调制过程外, 还可表现出不同于急性疼痛的神经病理性疼痛机制, 如伤害感受器过度兴奋、受损神经异位电活动、痛觉传导中枢机制敏感性过度增强、离子通道和受体表达异常、中枢神经系统重构等。

三、癌症疼痛的评估

全面细致的评估是合理、有效进行镇痛治疗的前提。癌症疼痛评估应当遵循“常规、量化、全面、动态”评估的原则。癌症疼痛的评估必须是病人本人的自我评估, 不能由家属或者医务人员代替完成。

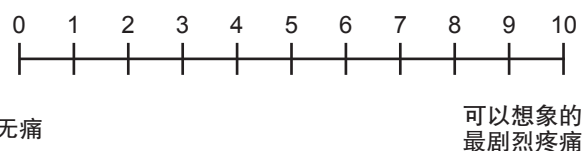


图1 疼痛程度数字评估量表

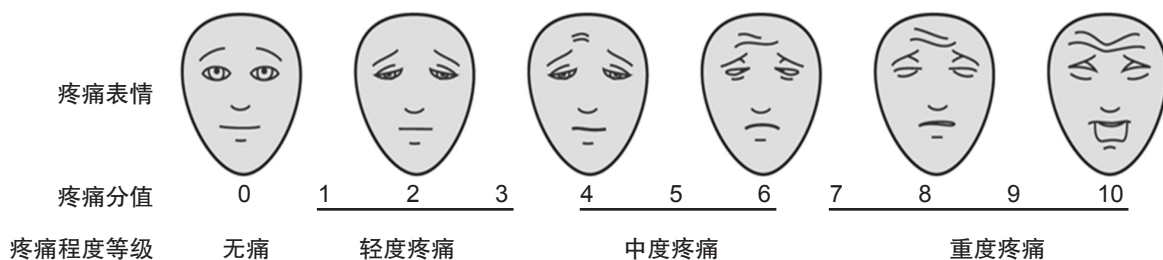


图2 面部表情疼痛评分量表

1. 常规评估

医护人员应主动询问癌症病人有无疼痛, 常规评估疼痛情况, 并进行相应的病历记录。癌症疼痛的评估应该是病人的自我评估。应当在病人入院后8小时内完成。对于有疼痛症状的癌症病人, 应当将疼痛评估列入护理常规监测和记录的内容。对肿瘤相关急症, 如骨折或者承重骨先兆骨折、脑硬膜外转移和软脑膜转移引起的疼痛、感染引起的疼痛、梗阻或者穿孔引起的疼痛, 在治疗病因的同时应立即控制疼痛。

2. 量化评估

疼痛是病人的主观感受, 使用疼痛程度评估量表等量化标准来评估时, 需要病人掌握正确方法并密切配合。量化评估疼痛时, 应当重点评估最近24小时内病人最严重和最轻的疼痛程度, 以及通常情况的疼痛程度。量化评估应当在病人入院后8小时内完成。癌痛量化评估可使用数字分级法 (numerical rating scale, NRS), 表达困难的病人使用面部表情疼痛评分量表法等。中、重度疼痛 ($\text{NRS} \geq 4$ 分) 应该有医护交班记录。

临床常用的几个疼痛评估工具如下:

(1) 数字分级法 (NRS): 使用《疼痛程度数字评估量表》(见图1) 对病人疼痛程度进行评估。将疼痛程度用0~10个数字依次表示, 0表示无疼痛, 10表示可以想像到的最剧烈疼痛。交由病人自己选择一个最能代表自身疼痛程度的数字, 或由医护人员询问病人: 你的疼痛有多严重? 由医护人员根据病人对疼痛的描述选择相应的数字。按照疼痛对应的数字将疼痛程度分为: 轻度疼痛 (1~3), 中度疼痛 (4~6), 重度疼痛 (7~10)。

(2) 面部表情疼痛评分量表: 根据病人疼痛时的面部表情, 对照《面部表情疼痛评分量表》(见图2) 进行疼痛评估, 适用于表达困难的病人, 如儿童、老年人, 以及存在语言或文化差异或其他交流障碍的病人。

(3) 主诉疼痛程度分级法 (verbal rating scale, VRS): 根据病人对疼痛的主诉, 将疼痛程度分为轻度、中度、重度三类。轻度疼痛: 有疼痛但可忍受, 生活正常, 睡眠无干扰。中度疼痛: 疼痛明显, 不能忍受, 要求服用镇痛药物, 睡眠受干扰。重度疼痛: 疼痛剧烈, 不能忍受, 需用镇痛药物, 睡眠受严重干扰, 可伴自主神经紊乱或被动体位。

(4) 客观行为评估: 对于昏迷或者终末期的病人, 可能存在神志异常, 无法进行自主疼痛评估, 需要医护人员根据病人的临床表现判断病人的疼痛情况, 可以借助例如《重症监护疼痛观察工具 (CPOT)》等工具。

3. 全面评估

全面评估是指对癌症病人疼痛病情及相关病情进行全面评估, 包括疼痛病因及类型 (躯体性、内脏性或神经病理性)、疼痛发作情况 (疼痛性质、加重或减轻的因素)、镇痛治疗情况、重要器官功能情况、心理精神情况、家庭及社会支持情况以及既往史 (如精神病史, 药物滥用史) 等。应当在病人入院后 24 小时内进行首次全面评估, 在治疗过程中, 当病情发生变化引起新发疼痛, 或者疼痛变化需要调整疼痛治疗计划时, 需要进行再次全面评估。病情平稳时, 原则上进行不少于 2 次/月的全面评估。癌痛全面评估建议使用《简明疼痛评估量表 (BPI)》(见表 1)。可使用 ID Pain 量表等辅助诊断神经病理性疼痛 (见表 2), ID Pain 量表评分 ≥ 2 分, 考虑存在神经病理性疼痛。

4. 动态评估

动态评估是指持续、动态评估病人的疼痛症状变化情况, 包括评估疼痛程度、性质变化情况、爆发性疼痛发作情况、疼痛减轻及加重因素以及镇痛治疗的不良反应等。动态评估对于药物镇痛治疗剂量滴定尤为重要。在镇痛治疗期间, 应当记录用药种类及剂量滴定、疼痛程度及病情变化。

四、癌症疼痛的治疗

(一) 治疗原则

癌痛应当采用综合治疗的原则, 根据病人的病情和身体状况, 快速、有效地消除疼痛, 预防和控制药物的不良反应, 降低疼痛及治疗带来的心理负担, 争取使病人的疼痛得到有效缓解, 同时保持病人的功能和舒适度。

(二) 治疗方法

癌痛的治疗方法包括: 病因治疗、镇痛药物治

疗和非药物治疗。

1. 针对病因治疗

癌痛的主要病因如与癌症直接相关, 给予抗肿瘤治疗, 如手术、放射治疗或化学治疗等, 可能解除癌痛。

2. 镇痛药物治疗

(1) 基本原则: 根据世界卫生组织 (WHO) “癌痛三阶梯镇痛治疗”指南, 使用镇痛药物治疗的五项基本原则如下:

①口服给药: 口服为首选给药途径, 对不宜口服的病人可选用其他给药途径 (静脉、皮下、直肠、经皮给药等)。

②按阶梯用药: 指应当根据病人疼痛程度, 有针对性地选用不同强度的镇痛药物。A. 轻度疼痛: $\text{NRS} \leq 3$ 分, 可选用非甾体抗炎药物 (NSAID), 如果存在使用非甾体抗炎药物的禁忌证, 也可考虑使用小剂量阿片类药物; B. 中度疼痛: $3 < \text{NRS} < 7$ 分, 可使用弱阿片类药物, 也可使用小剂量强阿片类药物; C. 重度疼痛: $\text{NRS} \geq 7$ 分, 可选用强阿片类药物, 并可联合使用非甾体抗炎药物。

③按时用药: 指按规定时间间隔规律性给予镇痛药。按时给药有助于维持有效的血药浓度。目前, 缓释药物临床使用日益广泛, 强调以缓释阿片类药物作为基础用药的镇痛方法, 在滴定和出现爆发痛时, 可给予即释阿片类药物对症处理。如起始使用即释阿片类药物进行滴定的癌痛病人, 24 小时后即可转换为等效剂量的口服缓释阿片类药物。

④个体化给药: 指按照病人病情和癌痛缓解药物剂量, 制订个体化用药方案。使用阿片类药物时, 由于个体差异, 阿片类药物无标准用药剂量, 应当根据病人的病情, 使用足够剂量药物使疼痛得到缓解。同时, 还应鉴别是否有神经病理性疼痛的性质, 考虑联合用药可能。

⑤注意具体细节: 对使用镇痛药物的病人, 要密切观察其疼痛缓解程度和机体反应情况, 注意药物联合应用的相互作用, 并及时采取必要措施以尽可能减少药物的不良反应, 提高病人的生活质量。

(2) 镇痛药物选择与使用方法: 应当根据癌症病人疼痛的程度、性质、正在接受的治疗、伴随疾病等情况, 合理选择镇痛药物和辅助药物, 个体化调整用药剂量和 (或) 给药频率, 防治不良反应, 以期获得最佳镇痛效果, 减少不良反应发生。

①非甾体抗炎药物 (NSAIDs) 和对乙酰氨基酚: 常用于缓解轻度疼痛, 或与阿片类药物联合用

于缓解中、重度疼痛。常用于癌痛治疗的非甾体抗炎药包括：布洛芬，双氯芬酸，吲哚美辛，塞来昔布等。对乙酰氨基酚的作用机制区别于 NSAIDs，无外周抗炎作用。由于两种 NSAIDs 联合应用并不增加疗效，但可能增加毒副反应，故不主张联合使用。

NSAIDs 常见的不良反应有：消化性溃疡、消化道出血、血小板功能障碍、肾功能损伤等。肝功能损伤是对乙酰氨基酚的常见不良反应。以上药物不良反应的发生与用药剂量及使用持续时间相关。另外，当用药剂量达到最大剂量时，增加用药剂量并不能增强其镇痛效果，但药物毒性反应将明显增加。因此，规定日限制剂量为：布洛芬 3 600 mg/d，塞来昔布 400 mg/d，对乙酰氨基酚 2 000 mg/d。如果需要长期使用或日用剂量已达到限制性用量时，应考虑更换为阿片类镇痛药；如为联合用药，则只增加阿片类镇痛药用药剂量。

使用 NSAIDs 和对乙酰氨基酚要遵循 NCCN 指南原则进行风险评估和监测。

风险评估的内容包括：①肾毒性的高危人群：年龄 > 60 岁、体液失衡、间质性肾炎、肾乳头坏死、同时使用其他肾毒性药物和经肾排泄的化疗药物。②胃肠道毒性的高危人群：年龄 > 60 岁、消化性溃疡病或酗酒史、重要器官功能障碍、长期使用或大剂量使用 NSAIDs。③心脏毒性的高危人群：心血管病史或心血管疾病或并发症高危病人。非选择性的 NSAIDs 与抗凝药物合用可显著增加出血风险。

监测的项目包括：基础血压、尿素氮、肌酐、肝功能（ALT、AST、LDH、碱性磷酸酶）、全血细胞计数、大便潜血。定期重复以保证安全性。

对有肾脏、消化道或心脏毒性高危因素、血小板减少或出血性疾病的病人，慎用 NSAIDs。考虑到肝脏毒性，应该慎用对乙酰氨基酚或不用阿片类药物 - 对乙酰氨基酚复方制剂。

NSAIDs 毒性反应的治疗：①肾毒性：如果 BUN 或肌酐水平升高 1 倍，或出现高血压、或原有高血压加重，则停用 NSAIDs。②胃肠道毒性：如果病人出现胃部不适或恶心，考虑停用 NSAIDs 或换为选择性 COX-2 抑制剂。考虑加用抑酸药如 H2 受体拮抗剂、米索前列醇、奥美拉唑。如果出现消化道溃疡或出血，停用 NSAIDs。如果肝功能高于正常值上限 1.5 倍，停用 NSAIDs。③心脏毒性：如果出现高血压或原有血压加重，停用 NSAIDs。

②阿片类药物：

是中、重度疼痛治疗的首选药物。对于慢性癌

痛治疗，推荐选择阿片受体激动剂类药物。长期使用阿片类镇痛药时，首选口服给药途径，有明确指征时也可考虑其他给药途径（包括静脉、皮下、直肠、经皮给药等）。阿片类药物是癌痛治疗的基础用药，不论是肿瘤相关性疼痛或抗肿瘤治疗相关性疼痛（如放疗）。目前，临床上常用于癌痛治疗的短效阿片类药物有吗啡即释制剂和羟考酮即释制剂等，长效阿片类药物有吗啡缓释片、羟考酮缓释片、芬太尼透皮贴剂等。对于癌症相关神经病理性疼痛，可辅助抗抑郁药和抗惊厥药等。

【剂量滴定】

阿片类药物滴定的目的是为了迅速缓解中度至重度疼痛，为药物转换提供合适剂量，避免镇痛不足或药物过量。重度疼痛的病人必须进行滴定，中度疼痛的病人可以选择进行滴定。滴定过程推荐使用短效阿片类药物进行，也可以考虑给予小剂量的长效阿片类药物作为背景用药，联合短效药物处理爆发痛的方式进行滴定。在滴定时选择药物初始剂量时，应区分阿片类药物耐受和阿片类药物未耐受。根据国际公认的有关标准，“阿片类药物耐受病人是指服用至少以下剂量药物者：口服吗啡 60 mg/d，芬太尼透皮贴剂 25 μ g/h，口服羟考酮 30 mg/d，口服氢吗啡酮 8 mg/d，口服羟吗啡酮 25 mg/d，或等效剂量其他阿片类药物，持续 1 周或更长时间”，未达到此标准则视为阿片类药物未耐受。

短效阿片类药物滴定流程如下图 3。

如果出现不可控制的不良反应，疼痛强度 < 4，应考虑将滴定剂量下调 10% ~ 25%，并重新评价病情。

在滴定过程中，也可以给予缓释药物为背景用药，同时给予即释药物处理爆发痛。根据病人的疼痛控制情况，缓释药物可考虑 12 小时进行剂量调整，以获得更佳的疗效。

以缓释阿片类药物为背景用药的滴定流程如下图 4。

【维持治疗】

阿片类药物滴定后应转换为长效阿片类药物维持治疗。我国常用的长效阿片类药物包括：吗啡缓释片、羟考酮缓释片、芬太尼透皮贴剂等。在应用长效阿片类药物期间，应当备用短效阿片类药物（如吗啡即释口服制剂、羟考酮即释口服制剂、吗啡或羟考酮注射制剂等）。当病人因病情变化，长效（阿片类）药物剂量不足，或发生爆发性疼痛时，立即给予短效阿片类药物解救，解救剂量为前 24 小时用药总量的 10% ~ 20%。每日短效阿片解救用

疼痛评分 ≥ 4 或疼痛未控制的病人（未达到疼痛控制的目标）

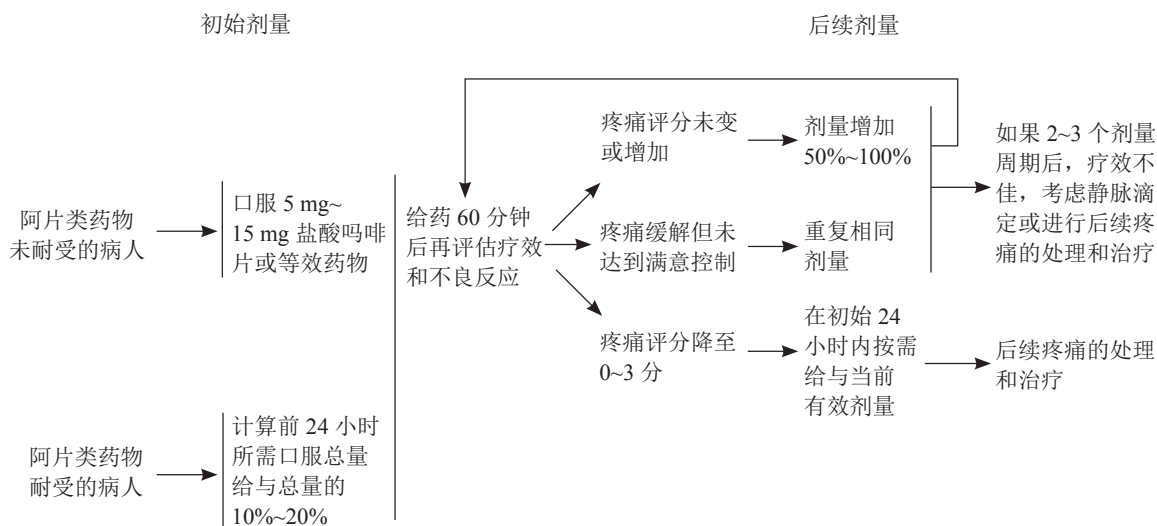


图 3 短效阿片类药物滴定流程

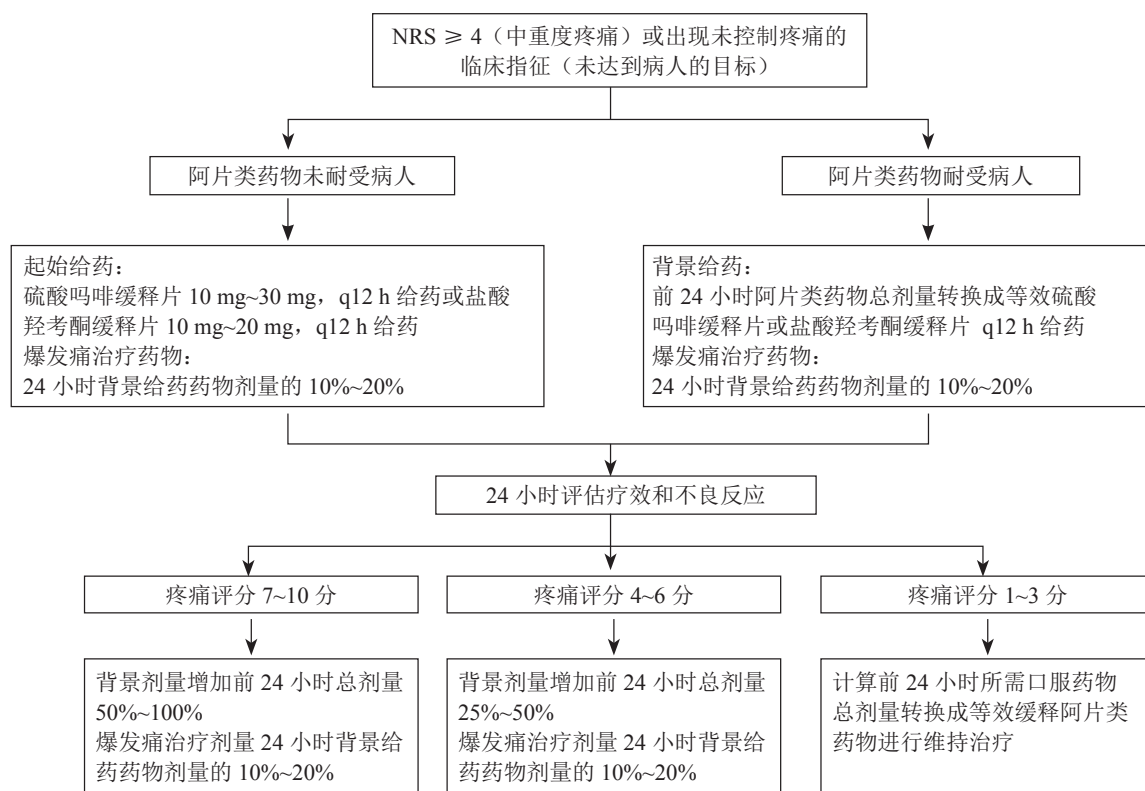


图 4 以缓释阿片类药物为背景用药的滴定流程

药次数大于 2 次时，应当考虑将前 24 小时解救用药换算成长效阿片类药物按时给药。爆发痛的处理应使用纯阿片受体激动剂，不推荐使用复方制剂、强痛定、哌替啶等。

阿片类药物之间的剂量换算，可参照换算系数

表（见表 3）。换用另一种阿片类药物时，仍然需要仔细观察病情，并个体化调整用药剂量。

如需减少或停用阿片类药物，则采用逐渐减量法，考虑按照阿片类药物总剂量的 10%~25% 减少，直到每天剂量相当于 30 mg 口服吗啡的药量，继续

服用两天后即可停药。

【不良反应防治】

阿片类药物的不良反应主要包括：便秘、恶心、呕吐、嗜睡、瘙痒、头晕、尿潴留、谵妄、认知障碍、呼吸抑制等。除便秘外，阿片类药物的不良反应大多是暂时性或可耐受的。应把预防和处理阿片类镇痛药不良反应作为镇痛治疗计划的重要组成部分。恶心、呕吐、嗜睡、头晕等不良反应，大多出现在未使用过阿片类药物病人的用药最初几天。初用阿片类药物的数天内，可考虑同时给予甲氧氯普胺（胃复安）等止吐药预防恶心、呕吐，如无恶心症状，则可停用止吐药。便秘症状通常会持续发生于阿片类药物镇痛治疗全过程，并不因镇痛药物使用时间延长而缓解，多数病人需要使用缓泻剂防治便秘（常见不良反应处理见表4）。

③辅助镇痛药物：

辅助镇痛药物包括抗惊厥类药物、抗抑郁类药物、糖皮质激素、N-甲基-D-天冬氨酸受体（NMDA）拮抗剂和局部麻醉药等（常用辅助用药及用法参考表5）。辅助药物能够增强阿片类药物镇痛效果或产生直接镇痛作用。辅助镇痛药常用于辅助治疗神经病理性疼痛、骨痛、内脏痛。辅助用药的种类选择及剂量调整，需要个体化对待。伴有炎症的疼痛，可以试用非甾体抗炎药、糖皮质激素；不伴有肿瘤急症的骨痛，可以试用非甾体抗炎药、双膦酸盐、糖皮质激素；神经的压迫或炎症，试用糖皮质激素；神经病理性疼痛，试用抗惊厥药物、抗抑郁药物。

使用镇痛药物治疗期间，应当在病历中记录疼痛评分变化及药物的不良反应，以确保病人癌痛安全、有效、持续缓解。

3. 非药物治疗

用于癌痛治疗的非药物治疗方法主要有：微创介入治疗、针灸、经皮电刺激等物理治疗、认知-行为训练、社会心理支持治疗等。适当应用非药物治疗法，可作为药物镇痛治疗的有益补充，与镇痛药物治疗联用，可增加镇痛治疗的效果。同时增加病人的随访和宣传教育，宣教的内容主要针对病人和家属。具体内容主要包括四点：①镇痛的重要性；②规范化镇痛和治疗；③任何一个不良反应都需要预防报告；④不要过于担心不良反应。

五、专科会诊

3天内疼痛评分未降至3分以下，应请专科会诊。

六、病人随访和宣教

癌痛治疗过程中，病人及家属的理解和配合至关重要，应当有针对性的开展镇痛知识宣传教育。重点宣教以下内容：鼓励病人主动向医护人员描述疼痛的程度；镇痛治疗是肿瘤综合治疗的重要部分，忍痛对病人有害无益；多数癌痛可通过药物治疗有效控制，病人应当在医师指导下进行镇痛治疗，规律服药，不宜自行调整镇痛药剂量和镇痛方案；吗啡及其同类药物是癌痛治疗的常用药物，在癌痛治疗时应用阿片类药物引起成瘾的现象极为罕见；应当确保药物安全放置；镇痛治疗时要密切观察疗效和药物的不良反应，随时与医务人员沟通，调整治疗目标及治疗措施。对于出院的癌痛病人，应建立书面随访本，进行定期随访。

七、门诊癌痛病人管理

门诊癌痛病人管理是癌症疼痛诊疗规范化管理的重要组成部分，是衔接住院管理与居家管理的“桥梁”，因此有必要对其进行一定规范。

1. 评估 必须对病人进行量化的疼痛评估，并记录在门诊病历中。

2. 药物治疗 在门诊癌痛管理中，强阿片药物的使用是其关键。考虑到门诊癌痛病人用药依从性，结合住院癌痛病人药物使用的经验，门诊癌痛病人可将缓释口服制剂作为首选，并从小剂量开始应用，谨慎增加剂量，同时处方处理爆发痛的药物，并教育病人使用方法。

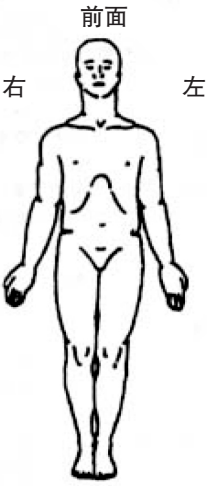
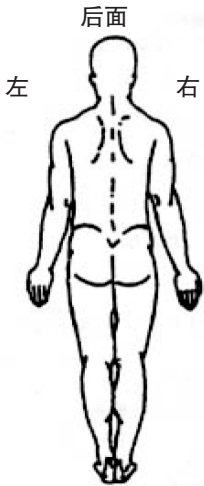
门诊简化滴定流程如图5所示（除外需住院或门诊留观的特殊情况）：

3. 不良反应 如有必要，需进行强阿片类药物不良反应防治。

4. 宣教 对病人进行基本的宣教，可以配合教育手册等方式。

5. 随访 对于门诊的癌痛病人，也应建立书面随访本，进行定期随访。

表 1 简明疼痛评估量表 (BPI)

一、在一生中, 我们多数人都曾体验过轻微头痛或扭伤和牙痛, 今天您是否有疼痛? □是 □否
二、请您用阴影在下图中标出您的疼痛部位, 并在最疼痛的部位打 X (可有多部位)。 前面  后面 
三、请您圈出一个数字, 以表示您在 24 小时内疼痛最重的程度。 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 不痛 您能想象的最痛
四、请您圈出一个数字, 以表示您在 24 小时内疼痛最轻的程度。 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 不痛 您能想象的最痛
五、请您圈出一个数字, 以表示您在 24 小时内疼痛的平均程度。 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 不痛 您能想象的最痛
六、请您圈出一个数字, 以表示您现在疼痛的程度。 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 不痛 您能想象的最痛
七、请圈出一个百分数, 以表示 24 小时内镇痛治疗后疼痛缓解了多少? 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% 无缓解 完全缓解
八、请圈出一个数字, 表示您上周受疼痛影响的程度。 1) 日常活动 (无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响) 2) 情绪 (无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响) 3) 行走能力 (无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响) 4) 日常工作 (无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响) 5) 与他人的关系 (无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响) 6) 睡眠 (无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响) 7) 生活乐趣 (无影响) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (完全影响)

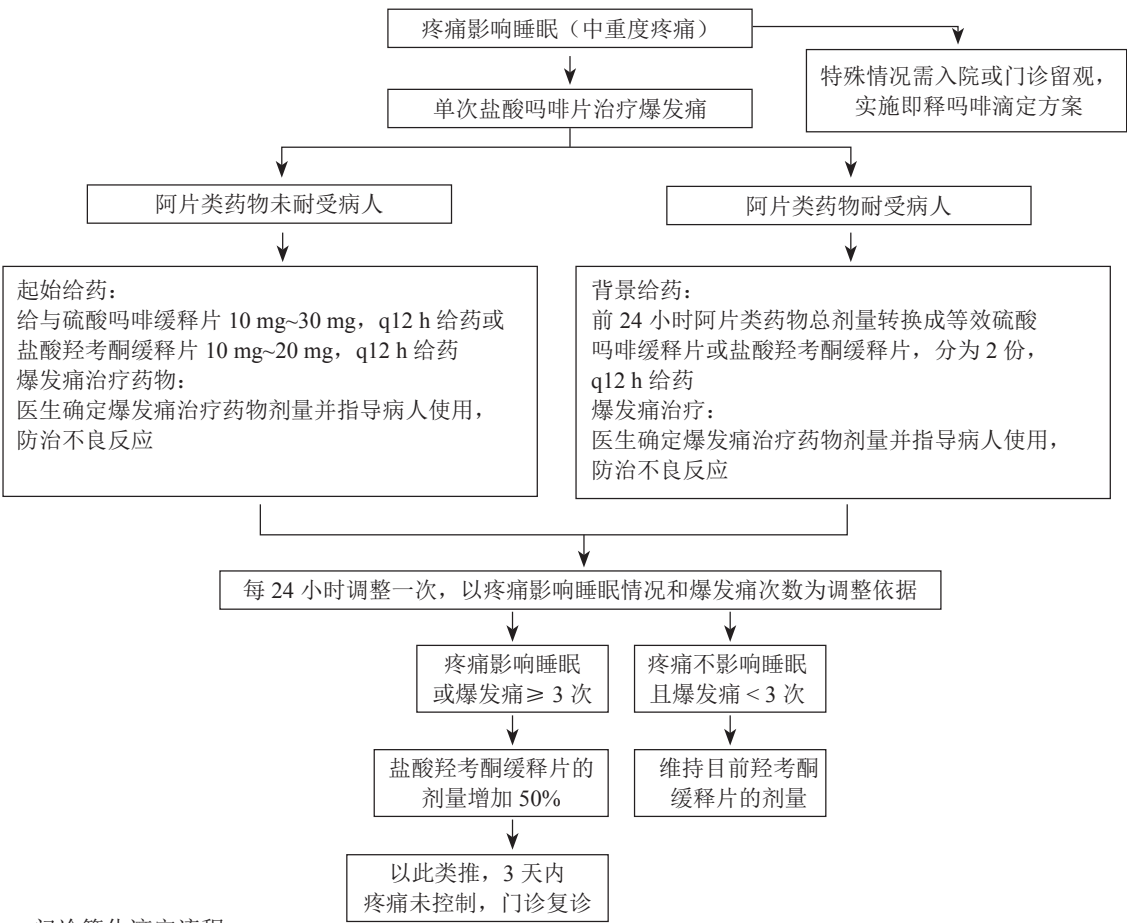


图 5 门诊简化滴定流程

表 2 ID Pain 量表

自测题	评分						
	是	否					
您是否出现针刺般疼痛？	1	0					
您是否出现烧灼样疼痛？	1	0					
您是否出现麻木感？	1	0					
您是否出现触电般疼痛？	1	0					
您的疼痛是否会因为衣服或床单的触碰而加剧？	1	0					
您的疼痛是否只出现在关节部位？	-1	0					
总分：最高分 = 5，最低分 = 1							
结果分析							
总分	-1	0	1	2	3	4	5
分析	基本排除 神经病理性疼痛		不完全排除 神经病理性疼痛	考虑患 神经病理性疼痛		高度考虑患 神经病理性疼痛	

表 3 阿片药物剂量转换表

药物	非胃肠给药	口服	等效剂量
吗啡	10 mg	30 mg	非胃肠道：口服 = 1:3
可待因	130 mg	200 mg	非胃肠道：口服 = 1:1.2
羟考酮	10 mg		吗啡（口服）：可待因（口服）= 1:6.5
芬太尼透皮贴剂	25 μg/h（透皮吸收）		吗啡（口服）：羟考酮（口服）= 1.5 ~ 2:1 芬太尼透皮贴剂 μg/h，q72 h 剂量 = 1/2 × 口服吗啡 mg/d 剂量

表 4 阿片类药物常见不良反应的处理

不良反应	处理用药
便秘	①通便灵胶囊：5～6粒，每日一次 ②麻仁润肠丸：1～2丸，每日两次 ③杜秘克（乳果糖口服溶液）：15～45 ml/d，每日一次 ④福松（聚乙二醇 4000 散）：10g，每日1～2次
恶心呕吐	①胃复安（甲氧氯普胺）：口服5～10 mg，每日3～4次 ②氟哌啶醇：口服1～2 mg，每日2～3次 ③5-羟色胺拮抗剂：格拉司琼，2 mg 口服每日一次；昂丹司琼，8 mg 口服每日3次；多拉司琼，100～200 mg 口服；帕洛诺司琼，300 μg/kg 静滴 ④奥氮平：起始剂量每日2.5～5 mg，睡前服用，剂量范围每日5～20 mg。 ⑤地塞米松：口服0.75～3 mg，每日1～2次
嗜睡及过度镇静	①咖啡因：100～200 mg，口服，Q6 h ②哌甲酯：5～10 mg，早上和中午口服 ③右苯丙胺：5～10 mg，口服，每日一次
尿潴留	①诱导自行排尿：流水诱导法、热水冲会阴部法、膀胱区按摩法 ②导尿
瘙痒	①局部使用激性的止痒剂，皮肤干燥者使用凡士林、羊毛脂等润肤剂 ②苯海拉明：4 mg，口服，每日三次 ③托普帕敏：5 mg，口服，每日两次 ④异丙嗪：25 mg，口服，每日两次 ⑤羟嗪：10 mg，口服，每日两次 ⑥阿利马嗪：5 mg，口服，每日两次
眩晕	①苯海拉明：25 mg，口服 ②美克洛嗪：25 mg，口服 ③试用镇静催眠药物
谵妄	①氟哌啶醇：口服1～2 mg，每日2～3次或2.5～5 mg 肌肉注射或静脉用药 ②奥氮平：2.5～5 mg，每日1～2次 ③利培酮：0.5～2 mg，每日1～2次
呼吸抑制	①纳洛酮：用10 ml 生理盐水稀释1 安瓿纳洛酮（0.4 mg/1 ml），静脉缓慢推每30～60秒给药1～2 ml（0.04～0.08 mg），直至症状改善。严重者每2～3分钟可重复给药。

表 5 常用辅助药物表

类型	药物名称	用法用量
三环类抗抑郁药	阿米替林	小剂量开始，如果能够耐受，每3～5天增加一次剂量。阿米替林初始剂量为12.5 mg 睡前服用，以一周为间隔每周增加25 mg，至疼痛缓解或产生不能耐受的副作用，一般不超过75 mg/d。
选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）	度洛西汀	初始剂量每天20 mg，增加至每日60～120 mg。
不典型抗抑郁药	文拉法辛	初始剂量每天37.5～75 mg，增加至每日75～225 mg。
抗惊厥药	加巴喷丁、普瑞巴林	加巴喷丁：初始剂量每晚100 mg～300 mg，增加至每日900～3 600 mg，分2～3次给药。每3天剂量增加50%～100%。 普瑞巴林：初始剂量75 mg，每日2次，最大剂量每日600 mg。
糖皮质激素	地塞米松、泼尼松	地塞米松片：一般口服一次0.75～3 mg，每日1～2次 泼尼松片：一般口服一次5～10 mg，每日10～60 mg
抗精神病药物	奥氮平	起始剂量每日5～10 mg，睡前服用，剂量范围每日5～20 mg。
NMDA 受体拮抗剂	氯胺酮	起始剂量10～50 mg
肌肉松弛剂	巴氯芬	常用剂量5 mg，每日3次。
镇静催眠剂	氯硝西泮、佐匹克隆	氯硝西泮：2 mg，口服，每日一次 佐匹克隆：7.5 mg，口服，每日一次